

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi, 14 février 1900, à 1 heure

PAR

JOSEPH BRENANS

. Né à Dournon (Jura), le 18 mai 1871

DES ADÉNITES

DU

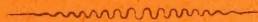
SILLON DELTO-PECTORAL



Président : TERRIER

Juges : MM. } VALTHER
BROCA Auguste, TUFFIER

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi, 14 février 1900, à 1 heure

PAR

JOSEPH BRENANS

Né à Dournon (Jura), le 18 mai 1871

DES ADÉNITES

DU

SILLON DELTO-PECTORAL



Président : TERRIER

Juges : MM. { VALTHER
BROCA Auguste, TUFFIER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE A. MALVERGE

171, rue Saint-Denis, 171

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISSAUD.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	
DELBET.	LEJARS	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFET

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Sur les conseils de M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux, nous avons cru pouvoir faire un travail utile, quoique très modeste, en traitant des adénites du sillon delto pectoral. Nous avons pu recueillir sur ce sujet 5 observations, dont une personnelle; c'est une affection rare de par la rareté même de la présence de ganglions lymphatiques à cet endroit. Le fait mérite pourtant d'être noté; nul doute d'ailleurs que l'attention étant appelée sur ce chapitre spécial de Pathologie par les communications de Morestin à la Société Anatomique de Paris, de nouvelles relations ne viennent l'enrichir.

Arrivé au terme officiel de nos études, nous nous permettons d'adresser publiquement à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Campenon et Merklen, le témoignage de notre profonde gratitude. Que M. Rieffel, M. Morestin, MM. Savariaud et Gosset, prosecteurs, veuillent bien agréer, avec nos remerciements, toute notre reconnaissance.

Monsieur le professeur Terrier a bien voulu nous

faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.
Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude.

Dans le sillon qui sépare le deltoïde du grand pectoral, interstice où chemine la veine céphalique, on ne rencontre pas de ganglions à l'état normal. Mais il est vrai que ceux-là n'ont pas toujours de distribution bien fixe. Leur nombre, leur siège, tout chez eux est sujet à variations. Relativement fréquents au voisinage des zones ganglionnaires et surtout des plus riches, nous comprendrons qu'ils puissent envahir le pourtour de l'aisselle, et en particulier le sillon delto pectoral, s'y développer, s'y enflammer.

Dans leurs rapports de pathogénie, d'anatomie pathologique, d'examen clinique, les adénites de cette région ne diffèrent pas des autres, et nous n'avons pas la prétention d'apporter des idées nouvelles dans leur étude, si bien faite par tous les classiques. Seuls ; leur siège, des considérations tirées de l'Anatomie, la difficulté de diagnostic si l'on ne songe à la présence de ganglions à cet endroit, pourront nous procurer quelques intérêts.

Après une étude rapide des lymphatiques du sillon delto pectoral, et sa description, nous nous proposons d'examiner les diverses adénites qu'on peut y rencontrer, d'en donner la symptomatologie, d'en faire le diagnostic, d'en indiquer le traitement.



ANATOMIE DES LYMPHATIQUES DU SILLON DELTO PECTORAL

Nous ne saurions mieux étudier les lymphatiques du sillon delto pectoral, qu'en citant Cruikschank et Mascagni. Dans une traduction de Cruikschank par Petit Radel, parue en 1787, nous lisons : « Les absorbants qui accompagnent la veine céphalique, naissent des côtés du pouce et de l'indicateur sur le dos de la main ; ils marchent d'abord avec la veine que Winslow appelle : radiale externe, mais au pli du bras, ils joignent la céphalique avec laquelle ils marchent sur le bord extérieur du biceps fléchisseur du coude ; ils continuent d'aller de cette manière pendant quelque temps, mais bientôt, ils gagnent le bord intérieur du deltoïde et le bord extérieur du grand pectoral, après quoi ils passent sous la clavicule, et s'insèrent dans les ganglions, qui sont en arrière. »

Quelque temps après Cruikschank, Mascagni (1),

(1) Mascagni. — Vasorum lymphaticorum corporis humani, historia et iconographia. Art. III. 1787.

professeur à Milan, revient sur la question et la complète par la découverte de glandules accompagnant les lymphatiques de notre sillon. « Quelques-uns de ces vaisseaux, dit-il, qui pour la plupart finissent par se réunir en un ou deux troncs, suivent une voie toute différente des autres canaux périphériques. Ils s'élèvent d'abord à côté ou dans le voisinage de la veine céphalique, et après avoir traversé la glandule qui leur est propre ; ils s'insinuent entre le deltoïde et le pectoral, dans la direction d'une autre glandule, située dans un espace triangulaire » probablement le ganglion sous-claviculaire décrit plus tard par Cruveilhier) (1).

Que l'on voie dans cette première glandule de Mascagni le ou les ganglions décrits plus tard par Aubry, de Rennes, ils sont en tout cas signalés très implicitement par ce dernier dans une lettre qu'il écrivait à Sappey. « M. le Docteur Aubry, dit Sappey, m'écrit qu'il a rencontré dans le sillon des muscles deltoïde et grand pectoral, sur le trajet d'un tronc lymphatique volumineux, trois ganglions séparés entre eux par un intervalle de 2 à 3 millimètres. Cette anomalie doit être fort rare, puisque Mascagni sur un nombre immense d'injections, ne l'a jamais rencontré. » Nous avons vu plus haut par la citation de cet auteur, ce qu'il faut penser de cette affirmation de Sappey. Dans son

(1) Cruveilhier. — Tome III, p. 342. Anatomie.

Anatomie Classique, il complète Cruikshank et Mascagni : « Parmi les vaisseaux lymphatiques du bras (groupe externe), celui qui est situé sur la limite extrême, se détache quelquefois du groupe principal vers le sommet du deltoïde et monte dans l'interstice de ce muscle et du grand pectoral, en suivant la veine céphalique jusqu'à son embouchure. Ce vaisseau céphalique déjà signalé par Cruikshank et Mascagni, paraît être quelquefois multiple. Je l'ai observé deux fois, il était unique. Une fois il se terminait dans un ganglion sous-claviculaire, au devant de la veine sous-clavière ; dans l'autre cas, beaucoup plus rare, ce vaisseau passait sous la clavicule, et se jetait dans une des glandes qui occupe le creux sus-claviculaire. » (1) Sappey n'a point trouvé les 3 petits ganglions superposés, signalés par Aubry, mais il figure une variété voisine : un seul ganglion arrondi, occupant la partie inférieure de l'interstice. Depuis, tous nos classiques parlent de cette anomalie : Testut l'a rencontré trois fois, et plus récemment dans sa thèse, Fritz Grosmann, (Berlin 1896) insiste sur la fréquence toute relative de cette disposition.

(1) Sappey. — Anatomie descrip. T. I, 2^e partie.

DESCRIPTION DE LA RÉGION

Le sillon ou triangle delto pectoral situé vers le tiers externe du creux sous-claviculaire, entre le bord inférieur de la clavicule, le bord antérieur du deltoïde et le bord externe du grand pectoral, a une direction oblique en haut et en dedans. Sa forme est variable suivant la musculature des individus, de sorte qu'on a pu indifféremment lui appliquer la dénomination de : sillon ou triangle. Chez la femme et les individus peu musclés, c'est un véritable triangle très allongé, à base supérieure plus ou moins courte, mais qui n'excédera jamais 2 centimètres ; à angle inférieur et externe extrêmement aigu. Chez les sujets du sexe masculin, et très musclés, ce sera un étroit sillon creusé entre le deltoïde et le grand pectoral. Cruveilhier (1) signale même un cas, dans lequel ce sillon manquait. Sur son sujet, les

(1) Cruveilhier. — Anatomie descriptive. Tome I. Article : Deltoïde.

insertions du faisceau claviculaire du deltoïde se portaient si loin en avant, qu'elles atteignaient le tiers interne du bord inférieur de la clavicule, chevauchant beaucoup par dessus les insertions externes du faisceau claviculaire du grand pectoral. Les rapports des organes que loge normalement ce sillon, étaient entièrement changés. La veine céphalique croisait alors le bord antérieur du deltoïde, pour passer sous la face inférieure de ce muscle, et, suivant sa direction normale, venir se jeter dans la veine axillaire.

Les limites du sillon delto pectoral sont constituées : en haut, par le bord inférieur de la clavicule, entre les insertions les plus antérieures de la résistante aponévrose d'insertion deltoïdienne, et les insertions supérieures des fibres les plus externes du grand pectoral. Plus profondément, on trouve le muscle sous-clavier, recouvert par le feuillet interne de son aponévrose, que nous verrons contribuer à former le ligament suspenseur de l'aisselle (Gerdy). Nous avons montré que les dimensions de cette limite supérieure étaient variables suivant les individus. Du côté externe, ce sillon est limité par le bord antérieur du deltoïde, oblique en bas et en dehors ; en dedans par le bord externe du grand pectoral, plus oblique que le bord intérieur du deltoïde, et qui vers son tiers inférieur, viendra s'insinuer sous celui-ci, pour aller s'insérer à la lèvre externe de la coulisse bicipitale de l'humérus, en sorte que les deux

bords musculaires constituant les limites interne et externe, se croisent en forme d'X extrêmement allongée. En avant, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané limitent ce sillon. En arrière, c'est l'aponévrose clavicoraco-axillaire, dont la partie axillaire est niée par Poirier (1), qui le séparera de la partie inférieure du petit pectoral, de la partie supérieure des 2^e et 3^e côtes et espaces intercostaux correspondants. Cette aponévrose naît des deux feuillets de l'aponévrose d'enveloppe antérieure et postérieure du muscle sous-clavier : elle est rejointe dans la fossette sous-claviculaire par l'aponévrose deltoïdienne ; continue en avant avec l'aponévrose du grand pectoral en arrière avec l'aponévrose du sous-épineux, elle se dédouble sur les bords du muscle deltoïde, pour l'envelopper entre deux feuillets, l'un et l'autre très minces. Au niveau du bord antérieur du deltoïde, là où elle se continue avec l'aponévrose du grand pectoral, elle s'enfonce dans le sillon delto pectoral ; dans le haut de ce sillon, elle s'insinue au niveau de la fossette sous-claviculaire, et va s'unir dans l'aponévrose profonde clavicoraco-pectorale. C'est en ce point qu'elle est perforée par la veine céphalique, et le cordon lymphatique qui l'accompagne. Cette aponévrose deltoïdienne se dédouble dans le sillon delto pectoral, pour enfermer les organes qui y cheminent : veine

(1) Poirier. — Anatomie. Tome II. 1^{er} fascicule, p. 160.

céphalique, lymphatique et branche descendante de l'acromiale.

Cette aponévrose se continue au niveau du bord du grand pectoral par l'aponévrose axillaire, qui traverse et qui ferme la cavité axillaire. Poirier (1) nie ce fait.

Nous avons ainsi limité une sorte de rainure allongée, plus étroite en bas qu'en haut, remplie par un pannicule adipeux, et dans laquelle nous rencontrons les organes suivants : la veine céphalique et le cordon lymphatique qui l'accompagne, l'artère acromio thoracique et ses deux branches, et accidentellement placé sur le trajet du cordon lymphatique : les ganglions décrits par Aubry, et susceptibles de donner naissance aux adénites, qui font l'objet de cette thèse.

La veine céphalique « veine de l'épaule des Anciens, veine de la tête des Modernes », naît sur la face externe du bras, un peu au-dessus du pli du coude, par la réunion de la veine médiane céphalique et de la veine radiale ; elle se porte verticalement entre l'aponévrose brachiale et la peau, longeant le bord externe du biceps, un peu en avant de l'aponévrose intermusculaire. Dans ce trajet, elle est souvent croisée par des filets ascendants du nerf cutané de l'épaule (2). Au niveau de l'insertion du

(1) Poirier. — Progrès médical, 1888. — Notes anatomiques, sur l'aponévrose, le ligament supérieur et les lymphatiques de l'aisselle.

(2) Poirier. — Tome II. Anatomie descript. 3^e fascicule.

deltoïde, toujours sus aponévrotique, elle s'incline en dedans pour croiser obliquement la partie la plus inférieure des fibres deltoïdiennes, et atteindre le bord antérieur de ce muscle; elle le suit quelques instants, se logeant dans un canal, que lui fournit l'aponévrose musculaire en se dédoublant, pour cheminer dans le sillon delto pectoral. Tout en suivant ce sillon, elle devient graduellement plus profonde jusqu'au niveau du muscle sous-clavier. A ce moment, elle repose directement sur la face externe de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire, dans le triangle clavi-pectoral, (Fossette de Mohrenheim des Allemands). Elle perfore cette aponévrose, en décrivant une crosse analogue à celle de la saphène, pour se diriger en arrière et en dedans, et se jeter dans la veine axillaire, immédiatement au-dessous de la clavicule. Un peu avant son embouchure, à sa face inférieure, elle croise perpendiculairement l'artère axillaire, au-dessus ou au-dessous du tronc artériel acromio-thoracique. On trouve une huitaine de valvules dans la céphalique, trois à quatre dans la partie deltoïdienne, et une à son embouchure. Au moment où la veine céphalique croise l'artère axillaire, elle donne d'une façon presque constante, une branche, qui, passant sous la clavicule, vient s'ouvrir dans la veine sous-clavière. Au niveau de l'embouchure de la céphalique, dans l'axillaire, il y a tout un lacis veineux, qui contribue à rendre difficile la ligature de l'axillaire. Au

moment où la veine céphalique atteint le deltoïde, elle est rejointe la plupart du temps par un cordon lymphatique, sur le trajet duquel on voit quelquefois les ganglions d'Aubry.

« Cette anomalie, dit Sappey, mérite d'être signalée à l'attention des pathologistes ; car une angioleucite, qui affecterait seulement les absorbants les plus externes du membre supérieur, pourrait déterminer une adénite, c'est-à-dire une tumeur, dont le diagnostic serait facile pour celui qui posséderait cette donnée anatomique et impossible pour tout autre. » (1) Dans cette citation, l'illustre anatomiste prévoyait déjà les observations communiquées par H. Morestin. Ce cordon lymphatique étalé sur la veine, voit quelques-uns de ses rameaux passer au-dessous d'elle, et va se jeter dans les ganglions sous-claviculaires.

Ces ou ces ganglions d'Aubry n'ont rien qui les diffère des autres ganglions lymphatiques, soit au point de vue de leur structure, soit au point de vue de leurs dimensions. Ils sont pourtant généralement très petits, variant de la grosseur de la tête d'épingle à celle du pois. Sappey considère l'anomalie comme extrêmement rare. C'est ce qu'il résulte aussi du travail de Cruikshank et de celui de Mascagni. Cependant, M. Morestin, pendant

(1) Sappey. -- Tome I de l'Anatomie, 2^e partie, pag. 677-678. (Edition 1853).

son temps de prosectorat, en a observé un assez grand nombre d'exemples. Récemment, ayant vu 16 cadavres, il l'a trouvé une fois et seulement du côté gauche. Il se hâte d'ajouter : « Dire, par exemple, qu'il existe une fois sur seize, serait déraisonnable, car une autre série aurait sans doute donné une proportion différente. » Dans le cas de Morestin, le ganglion long de 7 à 8 millimètres, appliqué sur la face superficielle de la veine céphalique et un peu sur le côté externe de cette veine, était située à 2 centim. au-dessus du bord inférieur du grand pectoral.

Grâce à l'obligeance de M. Rieffel, chef des Travaux pratiques de dissection à cette Faculté, qui nous dit l'avoir rencontré sur le cadavre une fois sur trois, nous avons pu faire des recherches personnelles. En voici les résultats.

Nous avons examiné trente cadavres avec M. le docteur Savariaud, prosecteur. Sur ces 30 cadavres, nous avons rencontré deux fois le ganglion d'Aubry : il était unique, et les deux fois à droite, sur deux sujets du sexe masculin. M. Gosset, prosecteur, nous a dit l'avoir cherché et rencontré deux fois sur 25 cas. Il était simple dans un cas, double dans l'autre, gros comme une lentille.

Dans sa thèse sur les ganglions de l'aisselle, Fritz Grossmann (1) l'a trouvé 7 fois sur 50 cadavres exami-

(1) Fritz Grossmann. — Thèse de Berlin, 1896. Pages 27 et 28.

nés. « Dans 7 cas, dit-il, se trouvait dans le sillon delto-pectoral, à côté de la veine céphalique, un ganglion lymphatique, qui était situé cinq fois à environ un centimètre et demi au-dessus du bord inférieur du tendon du grand pectoral, et deux fois dans la fosse de Mohrenheim, au passage de la veine céphalique, à travers le fascia coraco-claviculaire ; et qui, dans le premier cas, formait un fuseau étroit, long d'un centimètre, et dans le dernier cas avait à peine la grosseur d'une tête d'épingle. Il était traversé dans 3 cas, par un petit lymphatique. »

En rapprochant ces différents chiffres, on arrive, sur un total de 123 cadavres examinés, à l'avoir trouvé 13 fois, c'est-à-dire à une moyenne de 9 o/o sensiblement égale à celle de Grossmann.

Nous avons décrit les organes qui, cheminant de bas en haut, remplissent le sillon delto pectoral ; il nous reste à parler de l'artère acromio-thoracique, le seul organe qui, traversant l'aponévrose clavi-coraco-axillaire, traverse d'arrière en avant à la partie supérieure, le dit sillon.

Les classiques les plus récents : Testut, Beaunis et Bouchard, Poirier, décrivent un seul tronc commun pour l'acromiale et la thoracique, sous le nom d'artère acromio-thoracique. Sappey et les anciens anatomistes, sauf Cruveilhier, décrivent l'acromiale et la thoracique comme naissant séparément de l'artère axillaire. Cependant, le premier fait remarquer que, quelquefois, l'ar-

tère thoracique supérieure (ce sont ses termes exacts) naît par un tronc, qui lui est commun avec l'acromiale. L'artère acromio-thoracique, seconde branche de l'axillaire, naît de la face antérieure de celle-ci, au niveau du bord supérieur du petit pectoral, contourne ce bord supérieur en décrivant une petite crosse, perfore l'aponévrose clavi-pectorale, et se bifurque en deux branches : acromiale et thoracique. La première donne un rameau descendant qui s'en détache au niveau du point où cette artère croise l'interstice delto pectoral, chemine de haut en bas dans le sillon, en arrière de la veine céphalique, et s'épuise par des rameaux qu'elle donne aux muscles deltoïde et grand pectoral (1). Tous ces organes sont enveloppés dans une gaine, que leur forme l'aponévrose deltoïdienne en se dédoublant.

On voit en résumé, qu'en allant d'avant en arrière, on trouve dans l'interstice delto pectoral :

1° le dédoublement antérieur de l'aponévrose deltoïdienne ;

2° les ganglions et cordons lymphatiques ;

3° la veine céphalique ;

4° le rameau descendant ou deltoïdien de l'artère acromiale ;

5° le feuillet postérieur de l'aponévrose deltoïdienne ;

6° les fibres musculaires du grand pectoral en bas, et en haut la face antérieure de l'aponévrose clavicoraco-axillaire.

(1) Poirier. — Anatomie. Tome II. 2^e fascicule.

PATHOLOGIE

SYMPTOMATOLOGIE

Le ganglion d'Aubry peut être atteint des mêmes affections que les autres ganglions du système lymphatique. Dans les 5 observations, que nous avons réunies, 3 fois, c'est l'infection banale à streptocoques et à staphylocoques, qui cause la maladie ; une fois, c'est le bacille de Koch. Enfin, il nous est affirmé, par Alglave, qu'il a vu le ganglion s'enflammer à la suite d'un chancre induré digital.

Dans trois de nos observations, le ganglion était atteint d'adénite aiguë, consécutive à des plaies infectées des doigts de la main. Donc : adénites par inoculation à distance et d'origine tégumentaire. Dans un des cas de H. Morestin, il y avait adéno-phlegmon : dans le nôtre, il y avait adénite simple non suppurée, avec lymphangite du bras ayant rapidement cédé au traitement habituel : pansement humide et débridement de la plaie digitale. L'adénite chronique simple, rare d'ailleurs pour les ganglions axillaires, n'a pas été signalée pour le ganglion d'Aubry.

L'adénite tuberculeuse l'a été par H. Morestin dans son observation II. Elle coïncidait avec une tuberculose du sein. Nous ne connaissons pas de cas d'adénite néoplasique; néanmoins, le ganglion d'Aubry peut être intéressé au même titre que les autres ganglions de l'économie. Nous avons vu plus haut ce qu'il en est du cas constaté par Alglave.

En présence d'une tumeur, d'un abcès siégeant au niveau du sillon delto pectoral, deux questions se posent : A quelle affection a-t-on affaire? Est-ce une adénite? De quelle nature est-elle? Voyons d'abord quels sont les signes des différentes adénites que nous pourrions y rencontrer.

1° *Adénite aiguë*. — Elle est causée généralement par une plaie infectée, siégeant sur le territoire des lymphatiques qui se rendent au ganglion. Au début, les ganglions sont durs, arrondis, douloureux; ils roulent sous le doigt, leur volume est variable, la peau est normale. Quelquefois les phénomènes s'amendent, surtout si de suite, on institue un traitement approprié, comme il résulte de notre observation IV. Mais souvent aussi ils s'accroissent, le gonflement s'accroît, la douleur augmente, le tissu cellulaire placé autour des ganglions se prend, et on a bientôt la sensation d'une masse, d'un gâteau à surface irrégulière. La peau est rouge, chaude, œdémateuse, adhérente. La fluctuation

devient perceptible, le malade alors s'inquiète, et il vient vous trouver avec tous les signes de l'adénophlegmon de Velpeau (Observations I et III); puis la peau s'amincit, s'ulcère et le pus s'écoule par l'ouverture. Peu à peu la cavité se comble par bourgeonnement; quelquefois persiste une fistule, surtout si l'ouverture a été insuffisante. Le plus souvent, les phénomènes généraux sont peu accentués : un peu de fièvre, quelques troubles de l'appareil digestif. Dans des formes plus graves, surtout chez les alcooliques, la septicémie se généralise, la température s'élève, des accidents cérébraux éclatent; et si l'on n'intervient à temps, le malade meurt dans l'ataxo-dynamie.

2° *Adénite chronique simple.* — Les symptômes en sont à peu près négatifs. On trouve sous la peau normale de petites masses indolores, mobiles les unes sur les autres, d'un nombre variable, et dont la grosseur ne dépasse pas celle d'une noisette. Elles se résolvent seules, ou bien restent indéfiniment stationnaires, à moins qu'une poussée aiguë ne vienne les faire suppu-
rer. Elles sont peu fréquentes, même dans le creux de l'aisselle, et c'est une variété qu'on trouvera encore plus rarement dans le sillon delto-pectoral. Nous n'avons pu en recueillir aucune observation.

3° *Adénite tuberculeuse.* — Son début est quelquefois aigu et simule le tableau clinique d'un véritable

adéno-phlegmon. Le plus souvent, elle est insidieuse.

Les ganglions augmentent peu à peu de volume; ils sont durs, indolores, mobiles. Quelquefois le processus s'arrête, et les tumeurs ganglionnaires disparaissent. Mais la plupart du temps, les choses se passent différemment. Après être restée longtemps stationnaire, l'adénite tuberculeuse évolue brusquement; la marche lente, torpide de la maladie, reçoit comme un coup de fouet, les ganglions augmentent de volume, se conglo-mèrent, adhèrent aux téguments et deviennent suppurés. La peau rougit davantage et prend une teinte spéciale. La fluctuation est alors manifeste en un point circonscrit, et l'adénite suit la marche des formes aiguës dès le début. La peau s'ulcère au point où l'on percevait le mieux la fluctuation. L'ouverture cutanée est petite, fistuleuse, quelquefois multiple. Une substance puriforme claire, contenant des grumeaux plus épais, s'écoule par l'ouverture. Une fois cette substance évacuée, il reste une caverne, tapissée de fongosités et n'ayant que peu de tendance à se combler : la fistule persiste et devient intarissable. Les ganglions voisins se prennent par le même processus. « A ce premier abcès en succède un deuxième, développé sur un ganglion voisin, puis un troisième et la série est souvent fort longue. » (1)

(1) Manuel de Pathologie externe. — Reclus. Tome I, page 413.

Dans notre observation II, les choses semblent bien s'être passées ainsi : la malade eût une première adénite qui suppura ; l'ouverture devint fistuleuse, se ferma et se rouvrit plusieurs fois de suite : il se forma une nouvelle adénite qui nécessita l'intervention chirurgicale.

4° Adénite chancreuse. — Le bubon, l'adénite chancreuse se rencontre partout ; mais surtout aux ganglions inguinaux. Il se caractérise par les symptômes suivants : sollicitée par une angioleucite des lymphatiques allant de la chancrelle au ganglion enflammé, l'adénite chancreuse est d'un diagnostic facile par la présence même du chancre mou, à moins que ce dernier n'ait évolué très vite et se soit guéri sans cicatrice, ce qui est rare. Généralement un seul ganglion est pris, et du côté correspondant à la chancrelle. Au début, on sent la glande rouler sous la peau, elle est douloureuse, grossit peu à peu. Le tissu cellulaire environnant se prend, et on est en présence d'un véritable adéno-phlegmon. Néanmoins l'inflammation du tissu cellulaire environnant n'est pas toujours de même sorte que celle du ganglion ; et jamais on n'a inoculé le chancre avec le liquide du pus du tissu cellulaire, tandis que Reclus admet qu'on ait pu le faire quelquefois avec le liquide du ganglion. Bientôt la peau s'élève, le liquide s'écoule et il reste une cavité déchi-quetée, anfractueuse, à bords amincis, qui se comporte comme la chancrelle. La réparation se fait lentement,

et bien souvent. elle est retardée par des complications : décollements purulents, gangrènes de la peau, etc. C'est là une variété qui doit être rare dans le sillon delto pectoral. Nous n'en avons pas d'observation.

5° *Adénite syphilitique*. — Elle diffère suivant les périodes de la maladie primaire, secondaire, tertiaire.

a. - *Adénite primaire*. — 1 fois sur 5 cas (Bassereau) précédée de lymphangite. Sept à quinze jours après l'apparition du chancre, survient l'adénite. Plusieurs ganglions sont atteints, et l'évolution froide de l'adénite dans la syphilis, est de règle. L'adénite primitive prend tout son développement en 12 à 15 jours, puis reste stationnaire, et persiste après la guérison du chancre.

b. - *Adénite secondaire*. — Elle est précédée quelquefois d'angioleucite, qui d'ailleurs échappe souvent à l'examen, si on ne la recherche avec soin. Elle se différencie de l'adénite primaire, uniquement par ce fait, que, non seulement les ganglions correspondants au territoire lymphatique du chancre sont pris, mais encore ceux d'autres régions.

c. *Adénite tertiaire*. — Verneuil, Virchow, Lanceaux, Cornil l'ont bien étudiée. Quelquefois elle ne consisterait qu'en l'engorgement des premières périodes, qui subsisterait, ou bien apparaîtrait avec les accidents tertiaires. Elle revêt deux formes bien spéciales :

forme scléreuse et forme gommeuse. La première est caractérisée par ce fait, que de nombreux ganglions sont pris et dans toutes les régions ; la seconde est plus circonscrite : le ganglion d'abord ferme, élastique, dégénère et se caséifie, il devient purulent. A ce moment, le malade éprouve de la douleur, la peau rougit, s'amincit, s'enlève, le pus s'écoule, et il reste une perte de substance rappelant les caractères des ulcères syphilitiques tertiaires. Quelquefois même des accidents graves surviennent, ulcération des vaisseaux, etc..... (Verneuil).

6° *Adénite néoplasique*. — Nul doute que dans le cancer du sein, le ganglion du sillon delto pectoral, quand il existe puisse être envahi, mais c'est là un fait qui passe au second plan devant l'importance du retentissement sur les ganglions axillaires ; d'ailleurs les lymphatiques du sein se rendent dans les ganglions axillaires, et si le ganglion d'Aubry est pris il ne le sera qu'après les premiers ; le diagnostic de la tumeur fera faire en même temps celui de l'adénite.

Nous citons simplement pour mémoire, l'adénite infantile streptococcique, l'adénite rhumatismale, l'adénite morveuse et l'adénie... Ce sont là des formes rares et qu'on a peu de chance de voir siéger aux ganglions du sillon delto-pectoral.

Au chapitre de l'Anatomie pathologique, nous ne trouvons rien intéressant particulièrement le ganglion d'Aubry. Elle est celle de toutes les adénites, quelque soit leur siège. Nous ne nous étendrons donc pas sur ce sujet.

DIAGNOSTIC

Les affections avec lesquelles on peut confondre les adénites du sillon delto pectoral sont peu nombreuses, et bien souvent les commémoratifs et le siège même de la maladie permettent de faire le diagnostic avec :

1° *Fibrômes de la peau* (molluscum). — Nous les citons pour mémoire. Le diagnostic en est généralement facile, le ganglion atteint d'adénite étant enflammé, douloureux, sous-cutané (peau mobile au début), tandis que le molluscum se déplace avec la peau, il lui adhère, se mobilise avec elle, et n'est pas douloureux.

2° *Kystes sébacés*. — Il serait impossible de confondre une adénite du sillon delto pectoral avec un kyste sébacé non enflammé. L'absence de douleur dans le kyste, l'adhérence du pôle superficiel à la peau, sa mobilité sur les plans profonds, le point noir central, feront lever tous les doutes. Mais le kyste vient-il à s'enflammer, les choses se compliquent, l'adhérence aux plans profonds existe alors. Il y a de la fluctuation,

et on pourrait le confondre avec un adéno-phlegmon. Néanmoins l'interrogatoire du malade, l'examen des matières qui s'écoulent par l'ouverture, l'absence des signes généraux propres aux accidents aigus, viendront rendre le diagnostic relativement facile.

3° *Tubercules sous-cutanés douloureux*. — Leur siège fréquent à la mamelle, dans une région proche du sillon delto pectoral, la douleur, signe principal, font qu'on doit examiner ici cette variété de tumeurs, d'ailleurs rare. Néanmoins, lorsqu'on aura découvert une grosseur peu volumineuse, mobile sous la peau, et sur les plans profonds; lorsque le malade nous aura dit que la douleur revient par accès et qu'on aura noté l'absence de signes généraux, on aura le diagnostic.

4° *Lipômes sous-cutanés*. — Ce néoplasme bénin n'est pas adhérent aux plans profonds. Il peut se pédiculiser; il est lobulé, peu douloureux; l'absence de réaction générale vient faciliter le diagnostic, surtout si l'on s'aide des commémoratifs. La marche de cette maladie ne ressemble jamais à celle des adénites. Néanmoins la fausse fluctuation du lipôme serait peut-être une chance de confusion.

5° *Phlegmon*. — Avec les phlegmons, le diagnostic deviendra plus difficile, surtout pour ce qui est de l'adénite aiguë, la marche des deux maladies se ressemblant beaucoup et des signes nombreux concordant.

Dans les deux cas la peau est rouge, chaude, mais le phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané de la région delto pectorale est rare ; le phlegmon sous-pectoral est plus commun, mais on arrivera néanmoins à les distinguer. Dans les deux cas : phlegmon sous-pectoral et adéno-phlegmon pectoro-delhoïdien, on trouve des symptômes généraux, fièvre, anorexie, céphalée, etc., mais au début, on sent nettement le ganglion enflammé dans le sillon delto pectoral ; puis l'adéno-phlegmon s'étant constitué, on percevra facilement la fluctuation et on aura nettement la sensation d'une collection siégeant sous la peau. Dans le phlegmon sous-pectoral on a plutôt une sensation d'empatement, la fluctuation est plus lointaine, plus profonde quand elle existe ; les signes généraux sont plus accentués. L'empatement plus étendu va jusqu'au bord inférieur du grand pectoral ; les mouvements du bras, surtout ceux d'adduction et de rotation en dedans sont extrêmement douloureux. D'ailleurs, le malade interrogé, dans le cas où on ne verrait l'adénite, qu'alors que l'adéno-phlegmon est constitué, ne manquera pas de vous parler de la petite place, douloureuse à la pression, qu'il aura pu sentir dans le sillon pectoro-delhoïdien.

6° *Kystes hydatiques intra-musculaires.* — Le diagnostic du kyste hydatique intra-musculaire est difficile,

c'est une affection peu fréquente. Etant donné la rareté de l'affection dans le muscle grand pectoral, on doit tout au moins la citer au diagnostic. Si l'on ne peut affirmer que l'on se trouve en présence d'un kyste hydatique, il sera toujours facile d'assurer que l'affection n'est pas une adénite du sillon delto pectoral. Dans le kyste hydatique intra-musculaire du grand pectoral, on a affaire à une tumeur bien limitée, arrondie à un ou plusieurs lobes, mais elle est plutôt élastique que fluctuante. On localisera son siège plus profondément que dans l'adénite du sillon delto pectoral, qui se trouve immédiatement sous la peau ; d'ailleurs dans le cas le plus fréquent (adénite aiguë) la maladie n'ira pas sans signes généraux ce qui ne se voit pas dans le kyste hydatique intra-musculaire.

7° *Adénites des régions voisines.* — *Adénites du creux de l'aisselle, du creux sous-claviculaire.* — La marche des différentes affections susceptibles d'atteindre les ganglions du creux de l'aisselle et du creux sous-claviculaire, sera nécessairement la même que celle des adénites du sillon delto pectoral. Le diagnostic différentiel se bornera donc à une simple localisation. Le palper de l'aisselle ou de la région sous-claviculaire est si facile, qu'on pourra localiser l'adénite ; le diagnostic ne deviendra délicat que si ces adénites coexistent avec celles du ganglion d'Aubry, car alors et surtout s'il y a adéno-phlegmon, les abcès peuvent

se fusionner. Toutefois, en présence d'une tuméfaction siégeant au niveau du sillon delto pectoral, et en interrogeant le malade sur la localisation de la douleur, sur la présence d'une petite grosseur dans cette région, on pourra arriver à affirmer, ou tout au moins, à pouvoir soupçonner avec certaines chances de certitude, l'existence d'un adéno-phlegmon du ganglion d'Aubry. En glissant une main dans l'aisselle, la face palmaire tournée en dedans et soutenant le bras, l'autre étant placée à plat sur le sillon, on arrivera très facilement à localiser la fluctuation. D'ailleurs, les adéno-phlegmons du creux de l'aisselle ont peu de tendance à fuser en avant, bridés qu'ils sont par le grand pectoral, et quelquefois même, quand ils siègent profondément, par le petit pectoral. Pour ce qui est des adénites du creux sous-claviculaire, les ganglions étant limités en avant par l'aponévrose clavi-pectorale, on les sent beaucoup plus profonds que le ganglion d'Aubry presque sous-cutané. Dans l'adéno-phlegmon sous-claviculaire, le pus fusera de préférence sous le grand pectoral, ce qui facilitera le diagnostic d'autant.

8° *Ostéomyélite de la clavicule.* — On confondra difficilement une ostéomyélite avec une adénite; néanmoins, son siège, la rougeur environnante de la peau, la douleur, les réactions générales pourraient en imposer à première vue, et pour un observateur peu

attentif ; mais en regardant de plus près, on localisera facilement le mal à la clavicule, et le diagnostic en sera facilité. En admettant que l'on pût conserver quelques doutes, un examen sérieux et la marche de la maladie viendront vite les lever.

9° *Tumeurs de la Clavicule.* — Elles sont rares : on a signalé quelques sarcômes. Les déformations qui accompagnent les tumeurs malignes de la clavicule, le rattachement facile à l'os, le retentissement sur l'organisme rendront le diagnostic extrêmement facile, sans préjuger d'ailleurs que le ganglion d'Aubry pourra être intéressé par les tumeurs malignes à retentissement ganglionnaire.

10° *Gommes syphilitiques et tuberculeuses.* — Assez rares à ce niveau. Leur diagnostic sera facile non seulement par les caractères propres à chacune d'elles, mais encore par les antécédents du sujet, et par les heureux effets du traitement.

Par les signes que nous avons donnés des différentes affections, susceptibles d'être confondues avec les adénites du sillon delto pectoral, on voit que le diagnostic différentiel, tout en présentant parfois certaines

difficultés, est en général facile. Il nous reste à faire le diagnostic causal des différentes adénites.

L'adénite reconnue, quelle en est la cause ? Quelle est sanature ? L'adénite aiguë, l'adéno phlegmon du ganglion d'Aubry reconnaîtra pour cause une plaie infectée, siégeant sur le territoire des lymphatiques qui s'y rendent. La plupart du temps, la porte d'entrée sera une crevasse, une excoriation du pouce, de l'index de la main correspondante. De même pour l'adénite chancrelleuse, on devra rechercher la chancrelle sur ces mêmes territoires lymphatiques. Pour ce qui est des adénites tuberculeuses elles reconnaissent généralement pour cause, des tuberculoses viscérales; pourtant Lesage et Pascal(1), ont signalé chez l'enfant : un type spécial de tuberculose lymphatique, où les ganglions sont atteints de dégénérescence caséuse, sans que l'on puisse trouver la moindre trace d'infection viscérale.

L'adénite syphilitique primaire du ganglion d'Aubry, si l'on interroge bien le malade, si l'on recherche bien le chancre, et surtout, si l'on tient compte de ses caractères froideur et indolence, ne sera confondue, ni avec l'adénite chronique simple, ni avec l'adénite tuberculeuse, de même pour les bubons secondaires et tertiaires.

L'adénite maligne primitive du ganglion d'Aubry serait difficile à diagnostiquer. Nous n'en connaissons

(1) Lesage et Pascal. — Archives de médecine, 1895.

pas d'observation. On la confondrait facilement avec l'adénite tuberculeuse; d'ailleurs, comme dans toute adénite néoplasique primitive, on devra toujours cliniquement faire des réserves pour un cancer viscéral latent. La marche de la maladie, l'âge du sujet, le retentissement sur l'organisme aideront beaucoup, pour faire le diagnostic d'adénite cancéreuse primitive.

Quant à l'adénite cancéreuse secondaire, on le reconnaîtra facilement. La région à explorer d'abord, sera naturellement le sein, et le diagnostic de la tumeur fera faire en même temps celui de la nature de l'adénite, qui aurait atteint le ganglion d'Aubry.

Lorsque l'adénite sera ulcérée, le diagnostic de la nature reposera sur l'examen des caractères de l'ulcération. Dans le bubon chancereux, nous avons vu l'ulcération se transformer en véritable chancre, déchiquetée, grisâtre, anfractueuse, à parois rigides.

Dans l'adénite tuberculeuse, l'ulcération se fait par foyers circonscrits et disséminés; les bords en sont amincis et rougeâtres, comme usés. Les ulcérations sont réunies par des décollements sous-cutanés. Les ponts cutanés sont violacés, se détruisent peu à peu pour faire place à une caverne tapissée de fongosités et de matière caséeuse.

Dans l'adénite syphilitique, l'ulcération présente des bords décollés, jaune cuivré, le fond est terne, recouvert d'un bourbillon filamenteux — un liquide louche, sale

s'écoule de cette ulcération, qui a mauvais aspect (Brodier) (1).

Dans l'adénite néoplasique, l'ulcération a des bords très abrupts. Le fond rempli de fongosités sanieuses, saigne très facilement. La peau est indurée tout autour de l'ulcération.

Enfin on a signalé des cas, où des adénites tuberculeuses ou cancéreuses sont venues se greffer sur des adénites chroniques et syphilitiques.

COMPLICATIONS. — Les complications des adénites du sillon delto pectoral seront les mêmes que celles des autres adénites, leur siège n'étant pas susceptible d'en apporter de spéciales.

(1) Brodier, in Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*. Tome IV. Page 543.

PRONOSTIC

Le pronostic variera naturellement avec les causes des adénites. Bénin pour l'adénite rhumatismale, la fièvre ganglionnaire infantile, et l'adénite chronique, il sera plus sérieux pour l'adénite aiguë, l'adénite tuberculeuse, l'adénite syphilitique, l'adénite chancreuse sans être pour cela tout à fait grave. Dans ces affections, on tiendra grand compte des autres lésions concomitantes, et le pronostic variera avec leur étendue et leur gravité, l'adénite ne venant là que comme complication souvent secondaire de la maladie qui lui a donné naissance.

Enfin le pronostic sera assez sombre dans le cas d'adénite cancéreuse, qu'elle soit primitive ou secondaire à un cancer d'une autre région. On tiendra alors grand compte du traitement que l'on sera susceptible d'apporter, et de l'état du système lymphatique voisin. On pourra porter un pronostic beaucoup plus favorable, si par l'intervention chirurgicale on peut enlever et au delà, tout ce qui est envahi, que si l'on se contente

d'une opération palliative. En outre la marche rapide ou lente de l'affection devra être prise en considération, la récurrence venant beaucoup plus vite dans un cancer à évolution rapide que dans un cancer à évolution lente. La nature du néoplasme fournira aussi à ce point de vue d'utiles indications.

TRAITEMENT

Il variera avec la nature de l'affection dont l'adénite n'est qu'une manifestation. Uniquement médical dans l'adénite syphilitique, dans l'adénite rhumatismale, dans la fièvre ganglionnaire infantile, médico-chirurgical dans l'adénite chronique, il sera chirurgical dans l'adénite aiguë, l'adénite tuberculeuse, l'adénite cancéreuse.

L'adénite aiguë du ganglion d'Aubry pouvant survenir, soit à la suite d'une infection des doigts, soit à la suite d'une infection aiguë du sein, on se trouvera bien au début de l'affection, de vastes enveloppements humides (Observ. IV). Si l'adénite devient un adéno-

phlegmon, on incisera au point le plus déclive et assez largement, pour que le pus puisse facilement s'écouler. On pourra mettre un drain, les premiers jours. Pansement humide, puis à la gaze stérilisée, et l'affection guérit vite.

L'adénite chancrelleuse sera passible du même traitement, mais dans cette affection on se trouvera bien de l'emploi de caustiques : nitrate d'argent, teinture d'iode, chlorure de zinc.

Pour l'adénite tuberculeuse, on pourra au début, essayer du traitement médical : Huile de foie de Morue, thalassothérapie, etc., mais sans s'y attarder. S'il ne donne pas de résultat, on fera l'extirpation du ou des ganglions atteints, et on réunira par première intention. Si l'adénite est suppurée, si le tissu cellulaire voisin est envahi, on ouvrira largement, on curettera avec le plus grand soin, on badigeonnera avec la solution de chlorure de zinc à 10 pour 100, et on réunira par première intention, tout en laissant un drain de sûreté qu'on enlèvera le troisième ou quatrième jour. Si on ne peut obtenir la réunion, on fera dans la poche des injections, soit de teinture d'iode, soit de chlorure de zinc ou de naphthol camphré, et on attendra les événements. On devra s'attacher avec le plus grand soin, à éviter la création d'une fistule, car elle peut persister des mois et des mois.

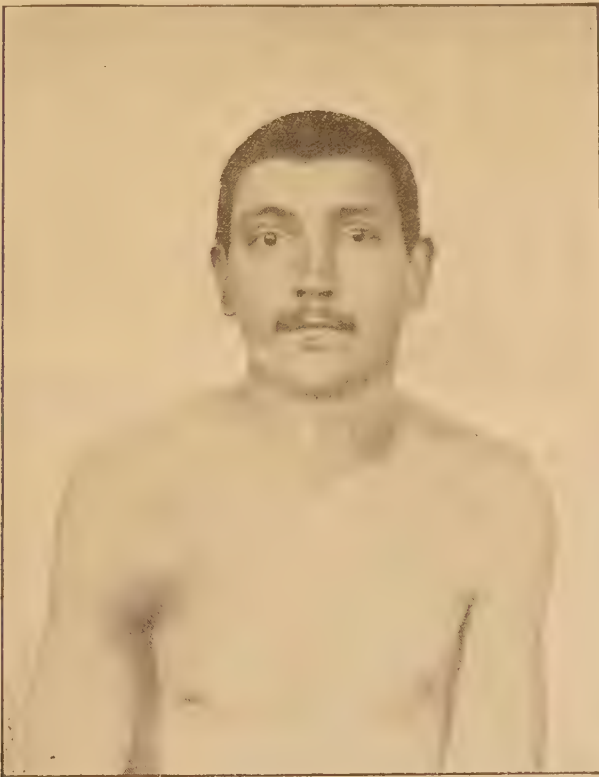
L'adénite cancéreuse sera passible du traitement le plus énergique, si le cancer primitif est abordable,

Nous ne connaissons, il est vrai, pas d'observations de cancer primitif du ganglion d'Aubry, mais dans cette affection du sein, il n'y a pas de raison, pour que le ganglion d'Aubry existant : il ne soit envahi comme ceux de l'aisselle. Grosmann, dans sa thèse (Berlin 1896) insiste beaucoup sur le fait, et conseille de rechercher le dit ganglion avec le plus grand soin. D'ailleurs, en l'extirpant, on fera bien d'enlever en même temps le plus possible de l'aponévrose, qui se dédouble comme pour former une espèce d'étui aux organes du sillon delto-pectoral. Dût-on lier la veine céphalique et la branche descendante de l'artère acromio-thoracique, le mal ne serait pas grand, eu égard au service que l'on peut rendre au malade.

OBSERVATION I

M. H. Morestin, avec cliché photographique (Soc. Anat., 1899)

α Il s'agit d'un garçon de 20 ans, Firmin B..., qui, de tailleur d'habits dans l'Aveyron, est devenu récemment



charbonnier à Paris. Charbonnier, c'est beaucoup dire, il est assistant d'un charbonnier. Son rôle est de remplir et transporter les plus lourds sacs. Aussi ses mains sont-elles très exposées à être contusionnées, écorchées ou blessées plus ou moins sérieusement. Au moment où il est entré à l'hôpital Saint-Louis (Isolément n° 20), le 1^{er} mai 1899, il présentait à la face dorsale des doigts de la main droite quatre petites plaies suppurantes. Ces plaies avaient été le point de départ de l'affection qui l'amenait dans nos salles.

Une dizaine de jours auparavant, après avoir éprouvé quelques douleurs au niveau de la main et de l'avant-bras, il avait constaté la présence d'une grosseur douloureuse au toucher, faisant légèrement saillie à la partie supérieure du bras. Actuellement, on ne voit plus rien d'anormal entre les ulcérations porte d'entrée et la lésion préaxillaire. Les téguments paraissent sains, tout est souple et complètement indolent. Si donc, il y a eu, comme cela est probable, une lymphangite plus ou moins vive, elle est aujourd'hui éteinte, et il n'en reste plus de trace visible.

Les plaies digitales occupent les 4 derniers doigts, le pouce est indemne. Au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle, on remarque une voussure hémisphérique, du volume d'une petite orange. La partie supérieure de la tuméfaction s'arrête à trois travers de doigts de là clavicule, respectant le creux sous-claviculaire qui est parfaitement sain. En bas, elle descend jusqu'au voisinage du bord inférieur du grand pectoral, sans toutefois l'atteindre. Le maximum de la voussure répond rigoureusement à l'interligne delto pectoral. La peau présente une teinte rouge vif, mais cette rougeur érythémateuse, superficielle, tient à des applications de teinture d'iode, dont une matrone de la

ville, avait recommandé l'essai comme moyen abortif. Mais à la partie culminante de la tuméfaction, la rougeur prend une teinte sombre, et il est manifeste qu'il y a là un caractère phlegmasique.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, assez bien circonscrite, répondant exactement au sillon delto pectoral. Elle est fluctuante, légèrement douloureuse à la pression, et ne peut être détachée ni des téguments, ni du plan musculaire sous-jacent.

Elle est complètement indépendante du creux de l'aisselle, étant située au-devant de sa paroi musculaire antérieure. Il existe dans le fond de la cavité axillaire un ganglion légèrement augmenté de volume et un peu douloureux. On en peut percevoir un autre dans le creux sus-claviculaire. L'état général a été un peu altéré par cette courte maladie. Notre homme est pâle, ne mange plus, et il a mauvaise mine. Cependant il souffre modérément. La douleur est surtout réveillée par les mouvements du bras, quand il s'agit d'élever ou de le porter en avant.

Il était évident que nous avions affaire à un abcès, abcès chaud ou du moins subaigu. On pouvait un instant se demander s'il n'y avait pas là quelque suppuration tuberculeuse, mais l'auscultation ne révélait rien du côté des poumons, notre charbonnier paraissait très robuste, et bien que la symptomatologie ne fut pas très bruyante, la marche de l'affection avait été assez rapide, pour rendre cette hypothèse très peu vraisemblable.

Les deux petits ganglions axillaire et sus-claviculaire trouvaient leur raison d'être, dans le voisinage d'un foyer suppurant, et l'infection générale des lymphatiques du

membre supérieur par les multiples portes d'entrée ouvertes au niveau de la main.

En tenant compte du siège de cet abcès, de sa forme arrondie, de sa saillie hémisphérique, je pensai qu'il s'agissait d'une adénite suppurée d'un de ces ganglions qu'on rencontre parfois en cet endroit.

Le 2 mai, l'abcès a été incisé. Il s'en est écoulé du pus bien lié, verdâtre, et l'exploration de la cavité a confirmé encore les données que la palpation avait fournies sur sa situation dans l'interstice des deux muscles.

La guérison a été rapide et le malade a quitté l'Hôpital Saint-Louis le 13 mai, ayant depuis plusieurs jours retrouvé l'appétit, le sommeil et les apparences de la bonne santé. (Extrait du Bulletin de la Société anatomique. Mai 1899).

OBSERVATION II

M. H. Morestin (Soc. anat., 5 janv. 1900).

Adénite tuberculeuse du sillon pectoro deltoïdien

Agée de 15 ans, Jeanne C... est chétive, mal développée, anémiée, très pâle, et tousse d'une manière habituelle chaque hiver. Son poumon droit est plus que suspect. Elle a subi, au mois d'août dernier, l'ablation d'une grande partie du sein droit et des ganglions axillaires correspondants. La nature tuberculeuse de ces lésions a été démontrée, tant par l'examen microscopique, que par l'inoculation au cobaye. Elle présentait à ce moment une cicatrice irrégu-

lière, étoilée, dans le sillon delto pectoral. Deux années auparavant, il s'était produit à ce niveau un abcès, qui avait été précédé par une grosseur, une tumeur arrondie dont l'accroissement s'était fait avec lenteur, d'une manière indolente, et qui peu à peu s'était ramollie. Abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvrit spontanément, demeura longtemps fistuleux, et après s'être à diverses reprises réouvert et refermé, parut définitivement guéri. Quand Jeanne C... fut traitée à Saint-Louis, l'été dernier, la lésion paraissait guérie, et la cicatrice qui présentait l'aspect habituel des cicatrices scrofuleuses, fut invoquée comme un témoignage et un antécédent en faveur du diagnostic. Depuis, elle s'est réouverte, et il s'est formé un ulcère creux, pour lequel la malade est entrée de nouveau à Saint-Louis le 13 décembre 1899. Salle isolement n° 8. A l'examen, on constate à la partie supérieure du sillon delto pectoral, un peu audessous du creux sus claviculaire une plaie suppurante, excavée, ovalaire, longue de 1 cent., large de 8, à bords assez régulièrement découpés. Elle est entourée d'une zone cicatricielle, ancienne, violacée, brune en certains points, avec irradiations nodulaires irrégulièrement distribuées. Cette cicatrice présente par places des bosselures d'un violet rosé, comme souvent celle des anciennes scrofules. La cavité, que délimite la plaie superficielle, est peu profonde, mais plus qu'hémisphérique; on y logerait un gros pois. Quand on fait contracter les muscles pectoraux on constate que cette cicatrice est adhérente dans la profondeur du plan musculaire sous-jacent. Un stylet introduit dans la cavité, ne rencontre aucun trajet profond. Le fond de la plaie est couvert d'un enduit caséeux, jaunâtre, un peu gluant, et secrète un pus séreux médiocrement

abondant. D'ailleurs aucune souffrance ni spontanée, ni provoquée. C'est une ulcération tuberculeuse, rénovation d'un foyer ancien. Malgré la date déjà éloignée du début des antécédents, il n'y avait pas à méconnaître l'origine primitivement ganglionnaire de cette lésion. Elle répondait très exactement à l'interstice pectoro deltoïdien et au trajet de la céphalique ; c'est-à-dire à une région, où se trouvent parfois des ganglions. Elle avait évolué comme le font les adénites tuberculeuses, et sa situation superficielle empêchait de la considérer comme un prolongement, un diverticule d'un foyer profond. Enfin, elle avait coïncidé avec toute une série de lésions du même genre, affectant surtout le territoire ganglionnaire de la région.

Le 20 décembre, je fis l'extirpation du foyer. Sa coque dense put être séparée du deltoïde et du grand pectoral. Elle adhérait très solidement à la veine céphalique, qui fut blessée dans la dissection et dut être liée. L'exploration de l'aisselle nous ayant fait sentir un ganglion profondément situé, j'écartai le grand pectoral du deltoïde, le petit pectoral du court biceps, et j'en fis l'extirpation. On sait que cette voie permet l'accès de la cavité axillaire, et qu'elle a été utilisée autrefois pour la ligature de l'artère de ce nom.

Le ganglion ainsi enlevé était caséifié et ramolli, mais mobile et sans adhérences. La plaie cutanée fut refermée par quelques points de suture, avec la précaution d'y laisser un drain. Il fut enlevé le troisième jour, les fils le neuvième et la malade est sortie guérie le 4 janvier 1900. (Extrait du *Bulletin de la Société Anatomique*, 5 janvier 1900.

OBSERVATION III

Communiquée par M. Gosset, prosecteur, interne du service de M. le Professeur Terrier.

La nommée Marie R..., âgée de 28 ans, entre le 28 octobre 1899 à Bichat, dans le service du professeur Terrier, salle Chassaignac n° 29. Huit jours avant, elle s'était fait une piqûre à l'index gauche. Douleur au niveau du point piqué pendant quarante-huit heures, puis tout phénomène douloureux cessant du côté du doigt; c'est pour une tuméfaction de la partie antérieure de l'épaule et élancements douloureux en ce point, que la malade vient consulter.

Examen à l'entrée. — Rien à l'index. On voit seulement l'endroit piqué. Pas de lymphangite, ni de douleur à ce niveau. Rien à l'avant-bras, ni au ganglion épitrochléen, qui cependant au dire de la malade, a été un peu douloureux pendant vingt-quatre heures. Traînées de lymphangite sur la face interne du bras, et au niveau d'un point correspondant anatomiquement au niveau du sillon delto pectoral, on voit une tuméfaction avec point culminant à limites un peu diffuses, en même temps que de la rougeur et de la chaleur de la peau.

Diagnostic. — Suppuration du sillon delto pectoral à point de départ probablement ganglionnaire] provoquée par une piqûre de l'index gauche.

M. Gosset fit sous le chloroforme une incision menée dans le sens du sillon, trouva du pus franc, non tuberculeux. La malade a quitté l'hôpital au bout de quinze jours.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Emile P... vient le 12 janvier 1900 à la consultation externe de la Pitié. Le malade est boucher de son état. Quelques jours auparavant, il s'est fait en râclant un étal, une petite coupure à l'index droit. Le surlendemain, il a senti une légère douleur dans ce doigt. La coupure s'était, dit-il, cicatrisée. Quatre jours après, la douleur a augmentée, il a du mal à se servir de son doigt. Enfin six jours après, il vient consulter à l'hôpital. Ce grand garçon de 19 ans 1/2, d'une santé robuste n'a rien d'intéressant, ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Ses parents sont encore vivants ; il a deux frères et une sœur qui se portent bien, lui-même n'a jamais été malade.

A l'inspection le doigt est gonflé, douloureux ; on ne sent pas de fluctuation. Le malade y ressent des élancements. On voit sur le côté externe de l'avant-bras deux trajets rouges, très nets, de lymphangite. La nuit dernière, le malade n'a pas dormi, tant il a souffert. Nous le faisons déshabiller... les trajets rouges s'arrêtent un peu plus haut que l'articulation du coude. Nous palpons le creux de l'aisselle ; on y sent deux ou trois ganglions très nets, très douloureux à la pression. Nous portons alors nos investigations du côté du sillon, delto pectoral et à deux ou trois centimètres du bord inférieur du grand pectoral, le long du bord antérieur du deltoïde, nous sentons très nettement une petite masse dure, de la grosseur d'un haricot, douloureuse à la pres-

sion ; d'ailleurs sans qu'il soit possible de rien voir, ni de rien sentir, le trajet du lymphatique qui se rend au ganglion d'Aubry est douloureux. Nous pensons alors avoir affaire au début d'une adénite du sillon delto pectoral, consécutive à un panaris de l'index.

On débride sur la face antérieure de l'index au niveau de la troisième phalange, et par l'incision, il s'écoule un peu de pus bien lié. Vaste pansement humide, enveloppant le doigt, la main, tout le bras du malade. De plus, compresse humide au niveau du sillon delto pectoral.

Le lendemain, le malade vient se faire panser. Il va mieux, a bien dormi, ne souffre plus. Les trajets rouges de lymphangite ont presque disparu; les ganglions de l'aisselle et celui du sillon delto pectoral ont diminué, et sont peu douloureux. Trois jours après, le 15 janvier, on ne sent plus du tout le ganglion d'Aubry, la lymphangite s'est éteinte, on perçoit encore, mais difficilement, les ganglions de l'aisselle. La plaie du doigt va bien, elle suppure très peu. On met le malade aux pansements secs; sa guérison n'est plus qu'une question de quelques jours.

OBSERVATION V

Alglave, interne des Hôpitaux, nous affirme avoir rencontré à St-Louis, à la suite d'un chancre du pouce droit, une adénite syphilitique primaire, intéressant le ganglion d'Aubry, dans le sillon delto pectoral. La guérison de cette affection se produisit rapidement après la disparition du chancre, malheureusement l'observation n'a pas été recueillie.

CONCLUSIONS

De notre modeste travail, il résulte que :

1° On rencontre parfois quoique assez rarement (1 fois sur 13) dans le sillon delto-pectoral, des ganglions variables, quant à leur forme, leur siège, leur nombre.

2° Ils sont susceptibles de s'enflammer. Que les adénites soient aiguës, tuberculeuses, chancereuses, pour ne citer que les cas observés, elles auront la même anatomie pathologique, la même symptomatologie, le même pronostic que celles des autres régions de l'organisme. Elles comporteront un traitement médical identique, un traitement chirurgical peu dangereux, en ce sens qu'on ne peut en les incisant, atteindre un organe essentiel.

3° Conclusion pratique : On recherchera les ganglions d'Aubry dans toute affection qui pourra les intéresser par propagation lymphatique. Le diagnostic serait, en effet, assez difficile dans certains cas, si l'on ne songeait à leur présence.

Le Doyen, BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

TERRIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

